

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 110

LES SUITES ÉLOIGNÉES
DES
HÉMORRAGIES MÉNINGÉES DU NOURRISSON
APRÈS LE TRAITEMENT
PAR LA PONCTION LOMBAIRE PRÉCOCE ET RÉPÉTÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1931

PAR

Pierre-Jean-Adrien-Louis-Bernard PITOUS

Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité

Diplômé de l'Institut Colonial de Bordeaux

Né à CASTELNAU-D'AUZAN (Gers), le 29 Juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1931

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 110

LES SUITES ÉLOIGNÉES
DES
HÉMORRAGIES MÉNINGÉES DU NOURRISSON
APRÈS LE TRAITEMENT
PAR LA PONCTION LOMBAIRE PRÉCOCE ET RÉPÉTÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1931

PAR

Pierre-Jean-Adrien-Louis-Bernard PITOUS

Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité

Diplômé de l'Institut Colonial de Bordeaux

Né à CASTELNAU-D'AUZAN (Gers), le 29 Juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	
		PERY, agrégé	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale ..	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ...	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale...	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	{ DUBECQ. DUFOUR.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie	LACOSTE.		PAPIN.
Physiologie.....	FABRE	Chirurgie générale	{ JEANNENEY CHARRIER.
Anatomie pathologique	MURATET.		LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	{ PÉRY. RIVIÈRE.
	{ CREYX. AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
	DELMAS-MARSALET	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse. Faible témoignage de
mon affection.*

A MON PÈRE

*Après duquel j'ai puisé les bases essen-
tielles de ma formation médicale.*

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE

A MA TANTE

A MON ONCLE LE CAPITAINE DE FRÉGATE PITOUS

COMMANDANT LE CENTRE D'AVIATION MARITIME DE ROCHEFORT-SUR-MER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*En reconnaissance de l'intérêt qu'il a tou-
jours porté à mes études.*

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PÉRY

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En reconnaissance de l'accueil bienveillant
qu'il m'a réservé dans son Service de la Maternité
et des conseils précieux qu'il n'a jamais
cessé de me prodiguer au cours de mon stage.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDÉRODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Témoignage de ma profonde reconnais-
sance pour l'honneur qu'il me fait de présider
cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Bien que relativement assez rare, tout au moins dans ses formes cliniquement appréciables, l'hémorragie méningée est une des causes de la mort apparente du nouveau-né. Elle se révèle toujours d'une gravité exceptionnelle, les traitements employés donnant peu de résultats. La ponction lombaire déjà pratiquée en 1904, était sinon rejetée comme inopérante, du moins peu utilisée et laissée dans l'oubli. Les partisans de cette intervention se rattachant à quelques bons résultats obtenus la préconisaient d'une façon systématique, les sceptiques objectaient que, perdant les enfants de vue après la sortie des maternités, on ne pouvait savoir si l'amélioration des premiers jours persistait, ou si les accidents ultérieurs n'amenaient pas la mort ou du moins l'impotence physique et intellectuelle des sujets atteints.

Lorsque M. le Professeur agrégé PÉRY nous fit l'honneur de nous donner le sujet de cette thèse, pour essayer justement de retrouver ces nourrissons atteints autrefois d'hémorragie méningée, il nous mit en garde contre les difficultés que nous aurions à rencontrer au cours de ces recherches. Pour donner en effet plus de valeur et plus de poids aux résultats obtenus, il nous fallait revoir des enfants en bon état et relativement âgés aujourd'hui. L'aîné de nos petits rescapés (on peut bien dire le mot, puisque autrefois ils étaient condamnés) a actuellement sept ans. C'est le jeune Raymond L..., né en 1924. Il nous a été impossible, malgré toutes les recherches, de retrouver des enfants plus âgés. Les femmes composant la clientèle des maternités ont, de par leur situation sociale, un domicile

relativement peu stable, restent peu de temps au même endroit, changent d'adresse et finissent par disparaître sans laisser la moindre trace permettant de les retrouver. Combien de sourires ironiques avons-nous surpris sur les lèvres de personnes à qui nous demandions des nouvelles d'une femme ayant habité leur maison huit ou dix ans auparavant ! Les locataires avaient changé depuis à maintes reprises certes, et souvent le propriétaire lui-même. La mairie ou le commissariat de police sauvèrent quelquefois la situation. Ils nous permirent de retrouver une piste que nous pensions définitivement perdue. Quoi qu'il en soit, nous n'eûmes pas la chance de retrouver tous ces enfants.

L'âge de ceux que nous présentons dans ce travail s'étend de 7 ans à quelques mois. D'aucuns objecteront que le temps n'a peut être pas encore fait entièrement sa preuve et qu'un avenir plus lointain se chargera de modifier les statistiques actuelles. C'est possible, mais pratiquement il est rationnel d'admettre que des nourrissons déjà condamnés à leur naissance et arrachés à la mort grâce à la ponction lombaire, ont des chances de faire par la suite des adultes normaux, puisque à l'âge de 5 à 7 ans rien encore n'est venu rappeler les accidents primitifs. Ces enfants retrouvés aujourd'hui en pleine santé, nos observations vous les montreront sous un aspect bien triste à leur naissance, même certains d'entre eux déjà condamnés à une mort prochaine par de compétents pédiâtres. Le temps nous a prouvé que, grâce à la pratique systématique et précoce de la ponction lombaire, nous pouvions non seulement rendre la vie à ces petits malheureux, mais encore leur assurer un avenir autrement meilleur que celui d'abord entrevu dès leurs premiers jours.

LES SUITES ÉLOIGNÉES
DES
HÉMORRAGIES MÉNINGÉES DU NOURRISSON
APRÈS LE TRAITEMENT
PAR LA PONCTION LOMBAIRE PRÉCOCE ET RÉPÉTÉE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La pratique de la ponction lombaire dans le traitement des hémorragies méningées est relativement récente. C'est à DEVRAIGNE, en 1904, que revint le mérite d'utiliser pour la première fois cette thérapeutique sur le nourrisson. A la même époque, cet auteur fit paraître un article où il exposait les résultats personnels obtenus. Il prétendait, en particulier, qu'il y avait parallélisme entre la gravité de l'hémorragie méningée et l'aspect plus ou moins sanglant du liquide céphalo-rachidien.

Le 21 juin 1906, il présenta une aiguille à ponction lombaire pour nourrissons.

Un peu plus tard, HUTINEL recommanda la ponction lombaire. Il n'a pas publié ses statistiques mais prétendait que cette intervention était sans danger pour l'enfant.

Toutefois, d'une manière générale, la ponction lombaire, comme traitement des hémorragies méningées, reste assez peu connue jusqu'en 1914.

En 1914, BALARD, à Bordeaux, commence à pratiquer la ponction lombaire sur les nourrissons atteints d'hémorragie méningée. Il continue après la guerre à appliquer cette intervention qui est, dit-il : « Une thérapeutique logique » et à la portée de tous les praticiens.

LANTUJÉOUL dans sa thèse (Paris 1921) recherche les effets de la ponction lombaire chez les nourrissons atteints d'hémorragie méningée.

Il en recommande la pratique en ces termes : « La ponction lombaire doit être précoce puisqu'elle peut parfois être le seul élément d'un diagnostic important et que, par ailleurs, elle constitue le temps essentiel du traitement. Malgré cela, la ponction lombaire reste encore jusqu'en 1925, un peu dans l'ombre et presque ignorée. Il est juste de reconnaître que ce mode de traitement est peut-être peu employé parce que l'hémorragie méningée est souvent ignorée. L'enfant meurt quelquefois précocément sans avoir eu le temps de manifester aucun signe clinique.

En 1925, MARC RIVIÈRE (Bordeaux), signale des résultats personnels obtenus par lui chez des nourrissons atteints d'hémorragie méningée et traités par la ponction lombaire précoce et répétée : trois cas améliorés en quinze jours. Il préconise fortement cette intervention après une extraction pénible si l'enfant né en état de mort apparente tarde à respirer.

En 1927, TRILLAT et GAUCHERAND publient comme un cas « curieux » l'observation d'un enfant porteur d'hémorragie méningée et amélioré après la première ponction lombaire.

Enfin, Marc RIVIÈRE, en 1927, présente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, six enfants atteints d'hémorragie méningée et traités par la ponction lombaire précoce et répétée. Quatre de ces enfants vécurent sans accident ultérieur, un autre a marché très tard, le dernier seul présenta un mauvais développement physique et intellectuel.

En définitive, c'est depuis 1920 et surtout depuis 1925 que la ponction lombaire est appliquée systématiquement à la Clinique d'Accouchements et à la Maternité de Bordeaux. C'est grâce à la pratique rigoureuse et continue de ce traitement que nous avons pu recueillir les bases essentielles et nécessaires à ce travail.

CHAPITRE II

Etiologie.

La cause, ou du moins, les causes véritables des hémorragies méningées ont prêté à beaucoup de discussions. La connaissance exacte pour l'accoucheur de ce facteur étiologique serait cependant de première importance, puisqu'il lui permettrait de prévoir d'abord et de parer ensuite, dans la mesure du possible, à des accidents qui amènent dans les temps qui suivent, des conséquences aussi désastreuses. A quoi attribuer ces épanchements sanguins survenus à la surface de l'une quelconque des membranes d'enveloppe de l'encéphale ou de la moëlle; au forceps inconsidérément appliqué, à un bassin trop étroit, au terrain favorable présenté par certains fœtus, ou à la fragilité des vaisseaux des spécifiques?

En réalité, bien des causes prédisposantes favorisent les hémorragies méningées. COUVELAIRE a bien mis en évidence l'action de la prématurité. D'après ses statistiques, toutes basées sur la nécropsie, sur 100 enfants morts d'hémorragie méningée, 64 étaient des prématurés. BROCHIER et VORON rapportent dans la *Revue d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, un nouveau témoignage du rôle de la prématurité, en présentant une observation d'hémorragie méningée mortelle chez un prématuré de sept mois. C'était déjà l'opinion de DEMELIN, qui estimait « que les débiles, les jumeaux, les prématurés, payaient un large tribut à cette maladie qui n'était souvent pour eux que le coup de grâce ».

Nous faisons toutefois remarquer que, dans nos observations, il s'agit simplement de fœtus à terme, et que

la ponction lombaire n'est pas un traitement omnibus ou polyvalent s'adressant indifféremment à toutes les hémorragies méningées de quelque origine qu'elles soient. Croire cela serait une erreur grossière et exposerait à bien des déceptions. La ponction lombaire, telle que nous la présentons dans ce travail, n'a d'autre but que d'être un traitement décompressif. Nous ferions fausse route et nous dépasserions la portée de ce traitement si nous espérions qu'à lui seul il serait capable de porter un secours efficace à toutes les hémorragies se produisant à la suite de n'importe quel accident survenu aux centres nerveux. Il est évident, par exemple, qu'un fœtus dont les centres eux-mêmes ont été lésés ou détruits par le traumatisme obstétrical, n'aura à espérer ni aide ni amélioration de la ponction lombaire. Les troubles : atrophies musculaires, épilepsie, maladie de Little ou absence de développement intellectuel, consécutifs à de gros délabrements anatomiques ne seront évidemment pas améliorés par la ponction lombaire. Ce serait la distraire de son véritable rôle que de prétendre l'appliquer au traitement de ces lésions, malheureusement définitives et irréductibles.

Enfin, différents états morbides, l'infection, surtout la syphilis, jouent un rôle capital dans la production des hémorragies méningées. Il y aurait, dans ce cas, une prédisposition spéciale à l'hémorragie se traduisant par une fragilité particulière des vaisseaux sanguins et une tendance hémorragique de l'enfant. Telle est l'opinion que M. le Docteur BALARD exprime dans une discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux. VOROND et PIGEAUD, dans le *Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* rapportent également trois cas d'hémorragie méningée chez des nouveau-nés spécifiques après accouchements spontanés et rapides dans lesquels le traumatisme ne pouvait être invoqué comme origine des lésions hémorragiques.

BALARD et LANTUÉJOUL accordent bien une large part à ces facteurs, mais tous les deux affirment que le forceps, à lui seul, est le grand responsable de la plupart des hémorragies méningées. « Instrument précieux et indispensable, le forceps peut devenir redoutable dans les applications faites au dessus du détroit supérieur, dans les prises obliques, ou après de fortes tractions sur une tête surtout si l'instrument dérape ». L'extraction de la tête dernière peut aussi être suivie d'hémorragies méningées. La compression de la tête provoque des effets néfastes auxquels s'ajoutent les effets de l'asphyxie. On note alors parfois une déchirure de la tente du cervelet. LANTUÉJOUL dans sa thèse (Paris 1921), donne du mécanisme de la déchirure de la tente du cervelet une explication fort séduisante : lorsque la prise est oblique, elle occasionne un léger mouvement de torsion qui déplace l'axe du crâne. Ce changement d'axe a pour effet d'exercer des tractions inégales sur les parties droites et gauches de la faux du cerveau qui s'insèrent sur le feuillet supérieur de la tente du cervelet. Il est rationnel d'admettre qu'ensuite c'est du côté où s'exerce la plus forte tension, du fait de ce tiraillement, que se produit la déchirure, suivie d'une hémorragie secondaire. Ce mode d'hémorragies nous le retrouvons à maintes reprises dans nos observations :

Clinique : numéros 7, 9, 15.

Maternité : numéros 12, 15, 22, 23.

Le simple examen des chiffres nous fait rallier l'opinion de LANTUÉJOUL et de BALARD. Il est évident que les présentations par le siège avec extraction de la tête dernière, et surtout les applications de forceps, sont un gros facteur étiologique de l'hémorragie méningée. Sur 48 observations recueillies à la Clinique d'accouchements, nous notons 28 hémorragies méningées survenues après des forceps pénibles, dont quelques-uns au détroit supé-

rieur, et 12 cas consécutifs à des sièges avec extraction de la tête dernière. Nous retrouvons en outre dans maintes observations : la syphilis, des gros fœtus et des bassins retrécis.

Tous ces facteurs, à n'en pas douter, jouent un rôle important dans la production des hémorragies méningées. Leur action s'ajoute à celle du forceps comme causes prédisposantes.

Nos statistiques sembleraient donc, de prime abord, une charge bien lourde relevée contre le forceps, instrument brutal et aveugle dont l'accoucheur ne se servirait plus qu'en tremblant. En réalité, la prophylaxie de l'hémorragie méningée et le meilleur moyen de réussir avec le minimum de risques pour le fœtus réside : « dans la surveillance purement obstétricale de la femme enceinte et dans l'heureux choix des interventions ». (Balard.)

Eviter les accouchements prématurés, transformer les sièges en sommets, poser les indications de la césarienne, enfin et surtout ne pas exercer de tractions brusques sur les branches, mais tirer progressivement sans brutalité et sans heurt, telles sont les bases essentielles du succès. Malgré cela, il peut naître des enfants en état de mort apparente et porteurs d'hémorragies méningées. Alors apparaît, après les temps préliminaires de respiration artificielle et d'insufflations, le temps essentiel du traitement : *la ponction lombaire*.

CHAPITRE III

La ponction lombaire dans le diagnostic et le traitement des hémorragies méningées.

Reconnue sans danger par tous les auteurs, d'une technique simple, nécessitant une instrumentation réduite, la ponction lombaire devrait être pratiquée de façon précoce s'il existe dans l'esprit de l'accoucheur le moindre doute concernant une hémorragie méningée possible. Le plus souvent les signes présentés par le nourrisson atteint sont assez nets pour éviter toute hésitation. Cependant, il faut faire une réserve : il est des cas où des lésions céphaliques très graves peuvent exister sans amener des symptômes immédiats pouvant permettre un diagnostic. En particulier chez les nouveau-nés présentant des fractures multiples du crâne. LANTUÉJOL dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* 1926, rapporte l'observation d'enfants nés avec une hémorragie méningée et succombant dans les heures qui suivent alors que rien ne faisait prévoir une issue fatale. Il est juste de remarquer que dans ces cas, les régions bulbaires et péri-bulbaires ne sont ni lésées ni comprimées. A part ces exceptions, les signes sont assez constants pour s'imposer à l'esprit. Si nous prenons au hasard les observations réunies dans ce travail, il sera aisé de constater que ces signes se répètent dans chacune d'elles d'une façon régulière. L'observation 2 (Clinique) nous montre un fœtus chez lequel on ne rencontre d'abord rien d'anormal. Bientôt le timbre de sa voix change et devient enroué. Ce

symptôme vocal est assez fréquent et nous le retrouvons dans les observations 3, 6, 15, 16 18, 23, 24, 26, 28, 37, 39, 44 et 46 (Clinique).

La contracture, les convulsions, le refus de prendre le sein par perte du mouvement de déglutition, quelquefois la cyanose, sont d'autres signes classiques souvent observés. Nous les relevons dans presque toutes nos observations, soit isolés, soit associés entr'eux. Mais, sans contredit, le signe essentiel est donné par la ponction lombaire. Cette opération, avons-nous dit, doit être précoce; et nous entendons par là, non pas dans les deux ou trois premiers jours si l'état de l'enfant inspire quelque inquiétude; mais plutôt dans les heures qui suivent la naissance et, mieux encore, immédiatement, si après un accouchement long et difficile, l'enfant né en état de mort apparente tarde à respirer. Malgré les objections que l'on pourra opposer à l'infailibilité de ce mode de diagnostic, la ponction lombaire sera pour nous le moyen le plus sûr qui nous permettra de dépister une hémorragie méningée. Elle réunira en même temps l'avantage d'être le traitement d'urgence le plus actif. L'accoucheur devra se souvenir qu'en dernier ressort la ponction lombaire à laquelle il ne pensait peut-être pas assez jusqu'ici, pourra lui être d'un grand secours s'il sait en user à temps sans trop attendre. Il n'est pas rare, en effet, de parvenir à ranimer par ce moyen, des enfants que rien jusque là n'avait pu rappeler à la vie. En tout cas, il arrive souvent que la première ponction lombaire amène déjà une atténuation des accidents. (Observations 5, 15, 22, 23. Clinique.) En règle générale, c'est par la ponction lombaire répétée qu'on assiste à l'amélioration progressive des petits malades, jusqu'à leur guérison définitive à la sortie des maternités.

Aucune règle absolue ne préside au nombre des interventions qui doivent être pratiquées. Il faut uniquement

se guider sur l'état du nourrisson et continuer le traitement jusqu'à la disparition complète des accidents : pendant une semaine et plus quelquefois. Ne pas hésiter à faire même deux ponctions lombaires par jour si un état alarmant nous y oblige.

En principe, ne pas cesser avant que le liquide retiré ne soit redevenu d'une limpidité totale. Dans l'observation 5 (clinique), six ponctions lombaires ont été faites à raison de une par vingt-quatre heures. A partir de la quatrième, le praticien a pu voir chaque jour l'état de l'enfant devenir de plus en plus satisfaisant. L'observation 8 (Clinique) est aussi très caractéristique; et surtout l'observation 13 (Clinique) où 15 ponctions lombaires ont été pratiquées à raison de deux par jour. Malgré des signes alarmants et un état presque désespéré du fait d'une méningite purulente, ce nourrisson s'est parfaitement bien tiré d'affaire et a pu sortir guéri de la clinique. D'autres cas, moins rebelles, cèdent aux premières ponctions, et la consolidation des résultats n'est nullement fonction du nombre de ponctions qui ont été faites. Nous avons vu des hémorragies graves dont les effets ont été enrayés par une ou deux ponctions lombaires. Le facteur primordial du succès réside dans la précocité du traitement. Une journée perdue à temporiser est importante. La ponction lombaire pratiquée le soir sera peut-être inefficace parce que trop tardive, alors que le matin elle aurait pu amener l'heureuse sédation des accidents. Nous insistons à dessein sur la précocité du traitement à employer. La compression progressive de la région bulbaire par une hémorragie risquera de provoquer des accidents brusques et irrémédiables, si une ou plusieurs ponctions ne viennent à temps contrebalancer l'influence dangereuse d'un caillot ou du sang extravasé. Si l'hémorragie est trop peu importante, ou si par sa situation elle ne menace pas directement la vie de l'enfant, l'accoucheur ne devra pas, de ce fait, rester dans une douce quiétude,

Au contact direct des centres, une collection sanguine non évacuée s'organisera et viendra par la suite exciter ou même détruire la substance noble sous-jacente. De la sorte, se trouve réalisée une perte de tissu nerveux remplacé par du vulgaire tissu névroglie de cicatrice. À ce moment, la lésion anatomique est constituée avec tous les risques que sa présence comporte. Lésion anatomique, c'est-à-dire lésion durable, définitive, contre laquelle viendront échouer les plus beaux traitements en cours. De même que les cures les plus énergiques antisyphilitiques resteront lettres mortes devant une hémiplegie constituée, alors qu'auparavant elles auraient eu raison de l'artérite cause initiale de l'hémorragie; de même des ponctions lombaires tardives, resteront sans effet devant des désordres anatomiques qu'une intervention précoce aurait pu éviter.

CHAPITRE IV

Le pronostic éloigné des hémorragies méningées traitées par la ponction lombaire.

Ces enfants montrés guéris dans les observations de la Clinique et de la Maternité, après un traitement précoce et bien conduit, conservaient-ils intacte et solide leur santé un instant compromise; ou bien avaient-ils obtenu simplement une amélioration juste assez longue pour faire déplorer davantage l'action précaire de la ponction lombaire et faire mieux mesurer l'étendue de l'échec?

C'est avec un peu d'anxiété que nous sommes partis à leur recherche. Impressionné malgré tout par les idées actuelles qui prévoyaient les suites les plus sombres aux enfants atteints d'hémorragies méningées, nous craignons de n'avoir à relater que des résultats peu intéressants. Dès les premiers, nous avons cru à un heureux concours de circonstances et nous avons continué avec plus d'espoir nos investigations. De jour en jour, il nous fut facile d'acquérir l'assurance que les enfants sortis guéris de la Clinique et de la Maternité n'avaient présenté dans les années qui ont suivi, aucune séquelle ni physique, ni intellectuelle, pouvant rappeler leur ancienne affection. C'est avec le plus vif intérêt que nous avons revu, ces temps derniers, l'enfant de l'observation 13. Malgré un début des plus inquiétant, avec hémorragie méningée grave et méningite purulente consécutive, nous l'avons retrouvé sous l'aspect d'un superbe garçonnet âgé aujourd'hui de cinq ans. L'histoire heureusement terminée de cet enfant n'est du reste pas isolée et nous ne saurions la qualifier de « Cas miraculeux » comme l'auraient fait

certain auteurs ! Les observations des autres enfants sont aussi intéressantes, aussi instructives, puisqu'elles bouleversent les idées anciennes sur les suites éloignées déplorables qu'on avait coutume d'assigner comme normales aux hémorragies méningées. A peine notons-nous dans l'obs. 23 (Clinique), un retard pour la marche et pour la parole. L'enfant n'aurait marché et parlé qu'à l'âge de 2 ans 1/2. Ces renseignements nous sont fournis par les parents, mais rien ne persiste aujourd'hui de cet état de choses. Dans l'observation 44 (Clinique) nous avons eu l'occasion de revoir un bébé de 14 mois. Son état général est excellent, sa courbe de poids est normale, mais il conserve encore un peu de raideur du bras droit. Cet enfant est d'ailleurs le seul, dans nos statistiques, qui ait conservé la trace légère de son affection primitive.

On pourra lire également, dans l'une des observations fournies par M. le Professeur agrégé Marc RIVIÈRE, l'histoire d'un enfant ayant présenté une paralysie faciale des plus nette. Il n'en reste aujourd'hui aucune trace. Deux enfants seulement sont morts après leur sortie de la Clinique, tous les deux d'infection intestinale. Faudrait-il penser que les débuts pénibles de ces petits êtres dans la vie auraient fait d'eux des prédisposés moins résistants que les autres et par conséquent plus exposés et plus fragiles ? Nous ne le croyons pas et c'est là une simple coïncidence. Nous savons en effet quel lourd tribut la première enfance, même exempte de toute tare, paie à l'infection intestinale. La diarrhée verte, le choléra infantile, emportent chaque année un nombre assez élevé de nourrissons sans qu'il soit besoin d'ajouter comme cause prédisposante une hémorragie méningée à la naissance.

Sur la foi d'un résultat en apparence aussi bon, il ne faudrait pas tabler : hémorragie méningée = ponction lombaire = guérison. Non, ici comme partout ailleurs du reste en médecine, pas d'équation, pas de formule exacte. L'expérience nous montre la réalité sous un jour moins

brillant. A la Clinique d'accouchements de Bordeaux où nous avons recueilli 48 observations d'hémorragies méningées et où les résultats obtenus sont, il faut le dire, remarquables; nous avons malgré tout 18 cas mortels avant la sortie. Ce sont des enfants nés en état de mort apparente et non ranimés, ou morts des suites de leur affection dans les jours qui ont suivi.

Nous pourrions nous demander pourquoi certains de ces enfants sont sauvés alors que d'autres sont morts avant même d'avoir pu bénéficier d'un traitement rapide? C'est là, croyons-nous, qu'interviennent, en première ligne, cette fois, les facteurs précédemment placés après le forceps comme causes déterminantes des hémorragies méningées. Les gros délabrements anatomiques, les infections et en particulier la syphilis, les intoxications, préparent en quelque sorte le terrain au traumatisme de l'accouchement. Ainsi, parmi les enfants morts nous relevons des antécédents spécifiques avec B.-W. positifs dans les obs. 2, 9, 15 (Clinique); la mère était albuminurique dans les obs. 7, 9, 27. L'enfant de l'obs. 9 avait une mère spécifique, albuminurique et éclamptique. La difficulté de l'extraction nécessitant par surcroît deux prises de forceps, il n'est pas étonnant que ce petit malheureux ait succombé dès sa naissance sans avoir eu la force de remonter un pareil handicap.

Les statistiques tirées de la Maternité de l'Hôpital Pellegrin, et surtout celles que nous empruntons à M. le Docteur BALARD dans son cours de perfectionnement des sages-femmes, sont encore moins bien brillantes et seraient faites pour modérer un trop bel enthousiasme, si quelques cas (une dizaine), ne venaient heureusement, là aussi, témoigner d'une façon catégorique en faveur de la ponction lombaire.

Ces observations nous montrent le triste résultat de la symbiose, pourrais-je dire, du traumatisme obstétrical,

de l'infection et des intoxications. Dans l'observation 1 (Cours de perfectionnement des sages-femmes), nous avons des antécédents éthyliques, un bassin limite, un gros fœtus, un accouchement pénible. Dans les observations 2 et 3, nous relevons au moins une fois la syphilis dans les ascendants.

L'observation 4 attire particulièrement l'attention parce qu'elle relate le fait, unique dans notre travail, d'un enfant traité et guéri par la ponction lombaire qui a progressivement présenté, par la suite, les signes d'une maladie de Little. Il est mort quelques temps après emporté par une maladie intercurrente. Cet enfant semblait devoir pourtant s'acheminer vers la guérison. Traité d'une façon énergique et précoce puisque les trois premiers jours, il avait déjà subi quatre ponctions lombaires; son état s'améliore, il recommence à s'alimenter. Il est tout à fait guéri lorsqu'on le revoit quelques temps après à la Maison du Bébé. Contrairement à toutes les prévisions, un peu moins de deux ans plus tard, il mourait alors que déjà, depuis quelques mois, une maladie de Little avait fait de lui un infirme. La triste histoire de cet enfant semble, de prime abord, nous inciter à la plus extrême prudence pour le pronostic éloigné des hémorragies méningées. Même après des résultats, en apparence encourageants, nous devrions trembler de voir, dans les temps qui suivent, apparaître une complication grave.

Nous croyons vaine cette crainte. Tout au plus serions-nous, non pas anxieux, mais plutôt attentifs et curieux d'attendre une évolution plus longue chez nos bébés les moins âgés, confiants malgré tout dans le succès. Cette confiance en l'avenir, chaque jour nous l'avons puisée au cours de nos recherches, et chaque nouveau cas n'a fait que l'affermir davantage lorsque nous avons la satisfaction de retrouver un bel enfant après des recherches, souvent difficiles, mais combien encourageantes!

C'est parmi les enfants de la Maternité que nous avons

retrouvé le jeune Raymond L..., notre vétéran. Il a aujourd'hui 7 ans. C'est un superbe bambin, plein de santé.

Daniel G... est un prématuré de 8 mois 1/2 (le seul) pesant déjà plus de sept livres, né en état de mort apparente. On peut le ranimer grâce à des insufflations et à une ponction lombaire qu'on lui pratique sans retard. L'amélioration des premiers jours s'accroît et nous avons retrouvé cet enfant aujourd'hui âgé de cinq ans, en parfait état.

La petite Mauricette B... était une belle fillette de six ans lorsque il y a quelques mois elle a succombé à une broncho-pneumonie.

Jean S... a aujourd'hui 4 ans, Claude P... et Marie G... en ont trois. Tous sont superbes, pleins de vigueur. Nulle part nous ne constatons de raideur, ni de membres atrophiés, aucun trouble intellectuel, partout la joie de vivre, puisque rien ne fait plus songer aux heures si pénibles des premiers jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE D'ACCOUPEMENTS

— 1920 —

OBSERVATION N° 1

Accouchement provoqué presque à terme. Bassin peu vicié. Volume exagéré du fœtus.

Dégagement de la tête en O. P. Période d'expulsion pénible, d'une heure environ. Fœtus de 3 kil. 950 né en état de mort apparente. Difficilement ranimé.

Ponction lombaire : sang rouge foncé.

Décédé 48 heures après la naissance.

— 1921 —

OBSERVATION N° 2

Accouchement normal à terme. Période d'expulsion : une heure. B. W. positif dans le sang de la mère.

Fœtus pesant 2 kil. 570, présentant de nombreuses ecchymoses au niveau du thorax. Au bout de quelques jours, l'enfant qui criait normalement, présente une voix enrouée et un cri plaintif. *Ponction lombaire* : sang rouge foncé. Décès cinq jours après.

OBSERVATION N° 3

Accouchement provoqué à huit mois et demi. Bassin généralement rétréci. Ballon à 10 heures du matin. Expulsion à 5 heures avec une dilatation à cinq francs. Petite palmaire à 7 heures. Rupture de la poche des eaux à 21 h. 15, forceps

dans l'excavation en O. I. D. T. Le franchissement du diamètre bi-ischiatique est difficile. Le dégagement de l'épaule antérieure nécessite une traction assez forte. L'enfant, pesant 3 kil. 250 naît en état d'asphyxie blanche avec un circulaire serré autour du cou. Après trente minutes de respiration artificielle, la respiration normale se rétablit. Les cris de l'enfant sont faibles, enrroués; sa figure est pâle. Une ponction lombaire ramène du sang pur. Des convulsions apparaissent au troisième jour; nouvelle ponction : liquide sanglant. Le traitement est continué par des bains à 35° et une potion au brome. Le neuvième jour, l'état général s'améliore, les convulsions sont moins fréquentes, une autre ponction lombaire ramène un liquide encore rosé. Le quatorzième jour, parésie des membres supérieurs, le membre gauche est plus froid que le droit, on pratique une quatrième ponction lombaire qui donne issue à un liquide xantochromique hypertendu. A partir de ce jour, l'amélioration se fait de plus en plus sensible, l'augmentation de poids est régulière. Départ le vingt et unième jour, en bon état, sauf une légère parésie des membres supérieurs droits. (Enfant non retrouvé.)

— 1921 —

OBSERVATION N° 4

Accouchement par le siège. Siège décomplété, mode des fesses en S. I. G. A. Durée du travail : douze heures. Abaissement prophylactique du pied. Forceps sur tête dernière. L'enfant naît étonné. On le ranime assez facilement. Poids : 2 kil. 830.

Apparition de convulsions le deuxième jour. Une ponction lombaire ramène un liquide franchement hématique. Décès le lendemain. Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 5

Accouchement par le siège. En S. I. D. T., siège décomplété mode des fesses. Période d'expulsion assez rapide. Abaissement prophylactique du pied. Enfant né en état de mort appa-

rente, qui est ranimé au bout de 30 minutes. Poids: 2 kil. 700. Respire, mais ne crie pas; n'arrive pas à têter par ses propres moyens (nourri par le nez); dilatation pupillaire; état spasmodique des membres supérieurs, qui sont en flexion. Flexion forcée des doigts, contracture musculaire marquée.

Première ponction : 2 centimètres cubes de liquide sanglant amènent d'emblée l'atténuation des symptômes.

Deuxième ponction, le surlendemain : liquide hématique.

Troisième ponction : liquide légèrement hématique, hypertendu.

Quatrième ponction : liquide xanthochromique, hypertendu.

Cinquième ponction : liquide clair un peu jaunâtre.

Sixième ponction : liquide eau de roche, un peu hypertendu.

A partir de la quatrième ponction, on note une amélioration progressive des plus nettes. A la sortie, état de l'enfant satisfaisant. *Non retrouvé.*

Des voisins assurent l'avoir vu en bonne santé à l'âge de trois ans (?).

OBSERVATION N° 6

Secondipare. Forceps au détroit supérieur pour souffrance fœtale. En O. I. G. A.

Durée du travail, neuf heures; enfant pesant 3 kil. 936. On remarque que son cri n'est pas normal; il gémit. Le soir, il repousse la cuillère de lait qu'on lui offre. Le lendemain, la mère dit que son enfant a présenté des soubresauts pendant la nuit. Des convulsions apparaissent au cours de la journée. Difficulté à prendre le sein. Par la suite, ni contracture ni paralysie. L'enfant présente toujours les mêmes cris.

Ponction lombaire : liquide hémorragique. Bain tiède, position au bromure, état général stationnaire. Au moment du départ, les crises convulsives qui avaient apparu dans les derniers jours ont disparu. *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 7

Primipare albuminurique. Application de forceps en O. I. G. P. pour arrêt de la dilatation et souffrance fœtale. Déchirure complète du périnée. Eclatement de la paroi recto-vaginale. Durée du travail, trente heures. Accouchement long et pénible. Trois prises de forceps, sur une tête très élevée et grosse. Enfant pesant 3 kil. 200, ranimé après deux heures d'insufflations et de respiration artificielle. Meurt au bout de quarante-huit heures. L'autopsie montre une hémorragie méningée avec déchirure de la tente du cervelet.

OBSERVATION N° 8

Primipare. Forceps en D. P. en haut de l'excavation pour souffrance fœtale. Premier forceps en O. I. D. P. avec une dilatation de petite palmaire sur une tête très haute. Le col bride la tête qui ne descend que très lentement. Le deuxième forceps exécute la rotation. Une troisième prise amène un enfant de 3 kil. 950. Ne crie pas.

Première ponction : liquide sanglant. Le soir, l'enfant est contracturé.

Deuxième ponction : liquide sanglant. Le lendemain de la naissance apparaissent des crises convulsives.

Troisième ponction : liquide hématique sous pression.

Quatrième ponction : liquide rosé.

Cinquième ponction : liquide clair, disparition des crises convulsives. L'enfant, qui ne pouvait s'alimenter, prend correctement le sein. Etat général de plus en plus satisfaisant, augmentation rapide de poids. Sortie de la clinique; guérison complète, disparition de tous les troubles.

1931. Enfant superbe revu en parfait état.

OBSERVATION N° 9

Cinquièmipare, spécifique, albuminurique, éclamptique.
— Utérus fibromateux, forceps O. I. G. A. pour souffrance fœtale.

Premier forceps, le col bride fortement. Deuxième prise, la tête sort, mais les épaules sont retenues. Fœtus extrait en état de mort apparente. Ponction lombaire : liquide sanglant. Enfant non ranimé.

Autopsie : hémorragie méningée, déchirure de la tente du cervelet.

OBSERVATION N° 10

Secondipare. Présentation de la face. Transformation spontanée en front. Echec du forceps. Version par manœuvres internes. Gros enfant vivant, 4 kil. 200. Crie aussitôt. Le lendemain, température à 40°. Teint cyanosé, ecchymose sous-conjonctivale droite.

Première ponction : liquide uniformément sanglant.

Deuxième ponction, le lendemain : liquide xanthochromique. Pression normale.

Troisième ponction : liquide clair.

En raison de l'amélioration, les ponctions lombaires sont abandonnées. L'enfant s'élève normalement et sort guéri de la Clinique.

1931. Retrouvé guéri, enfant superbe, aucune séquelle.

— 1926 —

OBSERVATION N° 11

Primipare. Rupture prématurée des membranes. Dilatation longtemps stationnaire. Incision du col. Trois prises de forceps. Difficulté de l'extraction par rétraction utérine. Enfant vivant de 3 kil. 200, ne crie pas.

Première ponction : liquide sanglant.

Deuxième ponction : xanthochromique, échec des ponctions ultérieures.

L'enfant sort guéri, mais présente toutefois une paralysie faciale gauche. Non retrouvé.

OBSERVATION N° 12

Primipare. Application de forceps à la partie supérieure de l'excavation pour souffrance fœtale. Deux prises de forceps en G. T. puis G. A. Circulaire serrée du cordon. L'enfant naît en état d'asphyxie blanche et est ranimé, après 35 minutes. Poids, 2 kil. 600. Au bout de quelques heures, présente des convulsions.

Première ponction : liquide sanglant.

Deuxième ponction : liquide sanglant.

Troisième ponction : liquide xanthochromique.

Quatrième ponction : liquide clair.

Amélioration progressive jusqu'à la sortie.

1931. Revu. Guérison complète.

OBSERVATION N° 13

Primipare. Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Insertion basse du placenta. Rupture prématurée des membranes. Abaissement prophylactique du pied. Enfant vivant de 3 kil. 200, hémorragie méningée. Méningite purulente consécutive.

Le lendemain de sa naissance, l'enfant présente des convulsions suivies de périodes de torpeur.

Première ponction : liquide sanglant épais. Pendant une semaine, ponctions quotidiennes. Le liquide s'éclaircit peu à peu. Les fontanelles, d'abord très tendues, deviennent plus souples. L'enfant qui, au début, était nourri avec beaucoup de difficultés, prend bien le sein à partir du cinquième jour. Sort guéri après avoir reçu quinze ponctions lombaires.

1931. Retrouvé guéri en parfait état.

OBSERVATION N° 14

Primipare. Forceps difficiles à la partie supérieure de l'excavation pour longueur du travail. Bassin rétréci. L'enfant de 2 kil. 790 naît à l'état d'asphyxie blanche. On désobstrue

les voies aériennes et on pratique des insufflations pendant trois quarts d'heure. Une ponction lombaire ramène un liquide tellement rouge qu'on croirait avoir affaire à du sang pur. L'enfant accuse aussitôt un léger mieux. Son regard est vague, ses membres contracturés. On pratique des ponctions lombaires, deux fois par jour pendant six jours. Progressivement, le liquide céphalo-rachidien sort plus clair jusqu'à devenir tout à fait normal. En même temps, l'état général de l'enfant s'améliore, ses membres perdent de leur raideur, il tète bien et, le quinzième jour après l'accouchement, il dépasse le poids de la naissance après une courbe régulièrement ascendante.

1931. Retrouvé guéri en parfait état.

OBSERVATION N° 15

Primipare. B.W. positif. Bassin rétréci. Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Abaissement prophylactique du pied. Enfant 2 kil. 740. Naît étonné, facilement ranimé. Présente de la raideur de la nuque, facies décoloré, cris plaintifs, faibles. Une ponction lombaire ramène du sang presque pur. Décédé. Autopsie : congestion intense des vaisseaux pie-mériens de la région occipitale. Caillots recouvrant la face supérieure de la tente du cervelet.

— 1927 —

OBSERVATION N° 16

Primipare. Accouchement spontané. Bassin aplati. Enfant né en état de mort apparente. Difficilement ranimé. Poids, 2 kil. 720. Ne crie qu'une heure après avoir été ranimé.

Première ponction : liquide rouge.

Le lendemain, état convulsif des membres supérieurs. Nouvelle ponction : pas de résultats.

Troisième ponction : liquide teinté.

Quatrième ponction : liquide clair. L'état convulsif a disparu.

Sort guéri. *Non retrouvé.*

OBSERVATION 17

Secondipare. Forceps au détroit supérieur. Application relativement facile et rapide. L'enfant, né étonné, est vite ranimé. Il est porteur d'une paralysie faciale droite. Tête déformée par l'aplatissement du pariétal droit.

Première ponction : liquide rouge hypertendu.

Deuxième ponction : le soir même, liquide encore très rouge.

Troisième ponction, le lendemain : liquide moins teinté.

L'enfant, qui tétait difficilement, commence à bien s'alimenter.

Quatrième ponction : liquide clair. L'état de l'enfant paraissant s'améliorer, les ponctions sont supprimées; la courbe de poids est excellente, la paralysie faciale disparaît, l'enfant sort de la Clinique en bon état.

1931. Retrouvé guéri.

OBSERVATION N° 18

Grossesse gémellaire. Chez une obèse secondipare. Poids, 2 kil. 300. Présentation de deux sommets, forceps au détroit supérieur pour le premier fœtus. Version par manœuvres internes pour le second. Tous les deux vivants. Chez le dernier, contracture du membre supérieur gauche, raideur, cri spécial, pâleur. Cinq ponctions lombaires. Amélioration à la sortie.

1931. Enfant toujours vivant, un peu chétif.

OBSERVATION N° 19

Secondipare. Forceps à la partie haute de l'excavation. Rotation, dégagement en O. P., grosses difficultés à placer le forceps. Deux applications. Enfant né étonné. Poids, 3 kil. 800, vite ranimé, parésie du membre supérieur droit.

Première ponction lombaire : liquide très rouge.

Deuxième ponction lombaire : liquide plus clair, amélioration.

Non retrouvé.

OBSERVATION N° 20

Primipare. Forceps dans l'excavation, pour longueur de la période d'expulsion. Durée du travail : seize heures; l'enfant, de 4 kil. 100, présente, quelques jours après la naissance, de la contracture et une fièvre à 39°. Quatre ponctions lombaires sont pratiquées, une par jour. Le liquide, d'abord rouge, s'éclaircit progressivement; bon état général à la sortie.

1931. Retrouvé guéri en bon état.

OBSERVATION N° 21

Quatrièmipare. Forceps O. I. G. T. Dystocie des épaules. Enfant né en état de mort apparente; ranimé au bout d'une heure.

Ponction lombaire : liquide rouge.

Décédé deux heures après d'hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 22

Primipare. Forceps pour la longueur de la période d'expulsion en O. I. D. T.; durée du travail, cinquante-deux heures. Enfant de 3 kil. 720, présente, quelques jours après l'accouchement, une température de 39° accompagnée de nystagmus. Paralysie faciale gauche de plus en plus accentuée. Difficulté à prendre le sein.

Première ponction : liquide sanglant hypertendu. Le nystagmus disparaît, l'enfant prend bien le sein.

Deuxième ponction lombaire: la paralysie faciale rétrocede, la température reste à 39°. Les fontanelles ne sont pas tendues, les selles sont bilieuses. Le sixième jour apparaît une collection suppurée à l'épaule droite. L'enfant ne s'alimente plus, crie faiblement. Mort le dixième jour avec des signes de broncho-pneumonie.

OBSERVATION N° 23

Secondipare. Accouchement spontané, dystocie des épaules au moment de l'extraction. Gros enfant de 4 kil. 100, né en état de mort apparente. Difficilement ranimé. Ne crie pas.

Première ponction lombaire : liquide sanglant, l'état de l'enfant est meilleur dans l'heure qui suit. Par la suite, visage cyanosé, mouvements convulsifs du membre supérieur et de la face. Strabisme externe, nystagmus. Trois ponctions lombaires dans la journée, toutes teintées de sang. Les crises convulsives se sont généralisées dans tout le corps.

Cinquième ponction : un peu moins teintée, l'enfant prend mieux le sein, ne rend plus son lait.

Encore quelques crises convulsives, mais beaucoup plus espacées, moins intenses. Persistance du strabisme.

Sixième ponction : liquide xanthochromique, grosse amélioration de l'état général qui s'accroît jusqu'à la sortie.

1931 : enfant revu, superbe. A marché et parlé un peu tard. (Deux ans et demi.)

OBSERVATION N° 24

Primipare. — Forceps dans l'excavation, en G. A. pour souffrance fœtale. Enfant de 2 kil. 900, né étonné, vite ranimé, présente de la raideur généralisée à tout le corps, cris plaintifs. Ne peut têter.

Première ponction : liquide sanglant. L'enfant peut prendre le sein.

Deuxième ponction : liquide sanglant.

Troisième ponction : Liquide clair. Sorti bon état.

1931. — Revue en bon état.

OBSERVATION N° 25

Primipare. — Forceps dans l'excavation pour longueur du travail : dilatation manuelle. Extraction pénible, circulaire

serré du cordon. Enfant : poids 2 kil. 260; difficilement ranimé : insufflations, oxygène, bains chauds; première ponction lombaire teintée de sang.

Le lendemain, état stationnaire.

Deuxième ponction lombaire : liquide toujours teinté. Mort.

OBSERVATION N° 26

Secondipare. — Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes, dystocie de la tête dernière. Forceps donnant un enfant de 2 kil. 700. A dû être ranimé. Cris particuliers, faibles, plaintifs, pas de contractures, toutefois, léger nystagmus. Difficulté de la déglutition.

Première ponction lombaire : liquide hypertendu, franchement hématique.

Deuxième ponction lombaire : tension du liquide normale, mais liquide encore teinté; l'état de l'enfant s'améliore.

Légère contracture du membre supérieur droit.

Sorti en bon état. Non retrouvé.

OBSERVATION N° 27

Primipare albuminurique. — Forceps G. T. à la partie supérieure de l'excavation dans un bassin rétréci. L'enfant, de 3 kil. 730, naît en état de mort apparente avec un cordon serré du cordon autour du cou. Difficilement ranimé.

Ponction lombaire : sang presque pur. Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 28

Primipare. — Application de forceps à la partie supérieure de l'excavation pour souffrance fœtale, après échec de forceps en ville.

L'enfant, de 3 kil. 550, ne crie pas. Il est contracturé.

Première ponction lombaire : liquide hématique.

Deuxième ponction lombaire : liquide un peu moins teinté.

L'enfant, qui avait les mouvements de déglutition abolis, ne peut arriver à être nourri. Mort.

OBSERVATION N° 29

Primipare. — Bassin retréci. Forceps en D. P. pour souffrance fœtale. Enfant de 2 kil. 440 naît en état de mort apparente, difficilement ranimé, la ponction lombaire donne du liquide rouge, mort quelques instants après.

OBSERVATION N° 30

Troisièmipare. — Forceps en O. I. G. A. à la partie supérieure de l'excavation pour souffrance fœtale. Placenta inséré bas. Enfant de 2 kil. 710 naît en état d'asphyxie bleue. N'est ranimé qu'au bout d'une heure : insufflations, oxygène, bains chauds et froids. La ponction lombaire pratiquée donne issue à du liquide rouge. Le lendemain l'enfant présente des convulsions.

Deuxième ponction lombaire : liquide rouge.

Troisième ponction lombaire : liquide encore teinté.

Quatrième ponction lombaire : liquide à peine teinté.

Cinquième ponction lombaire : liquide à peine teinté.

Sixième ponction lombaire : liquide tout à fait clair.

L'état général s'améliore jusqu'à la sortie, l'enfant sort guéri.

Mort à trois ans d'une infection intestinale. N'ayant jamais présenté aucune séquelle de son affection primitive.

OBSERVATION N° 31

Primipare. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Accouchement long et difficile, l'enfant de 2 kil. 760 naît

étonné, il est assez vite ranimé. Vingt minutes plus tard, brusquement son teint devient cyanosé. Une ponction lombaire pratiquée immédiatement donne issue à du liquide franchement rouge. Mort.

OBSERVATION N° 32

Primipare. — Forceps dans l'excavation en O. I. D. P. pour inertie utérine, l'enfant de 2 kil. 890 présente de la polypnée et de la contracture des membres.

Première ponction lombaire : liquide rouge non hypertendu.

Six ponctions lombaires ultérieures ont été pratiquées.

Les signes ont disparu progressivement. La courbe de poids est excellente, sorti guéri.

1931. — Retrouvé guéri.

— 1929 —

OBSERVATION N° 33

Primipare. — Rupture prématurée des membranes quatre jours avant l'accouchement. Forceps en G. T. dans l'excavation pour souffrance fœtale et longueur du travail. L'enfant de 3 kil. 770 naît en état de mort apparente avec un circulaire serré du cordon. Au bout de quelques minutes, les battements du cœur sont bien perçus, mais il faut encore une heure pour arriver à le ranimer tout à fait : insufflations, injection sous-cutanée d'huile camphrée, de caféine, respiration artificielle, bains chauds et froids.

Une ponction lombaire pratiquée ramène du sang pur. Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 34

Secondipare. — Forceps à la partie supérieure de l'excavation pour souffrance fœtale dans un bassin retréci. Prise oblique en D. T., l'enfant, né en état de mort apparente, porte un circulaire serré en écharpe. Ranimé au bout d'un quart d'heure. Le lendemain l'enfant est contracturé, ses muqueu-

ses sont sèches. Vers le soir, on note du nystagmus et des convulsions.

Première ponction lombaire : liquide hématique un peu hypertendu.

Deuxième ponction lombaire : liquide hématique un peu hypertendu.

Troisième ponction lombaire : liquide hématique un peu hypertendu.

Quatrième ponction lombaire : liquide hématique un peu hypertendu.

Cinquième ponction lombaire : liquide absolument eau de roche, peu hypertendu.

L'état général s'améliore progressivement, l'enfant qui tétait avec difficulté prend bien le sein. 1931. — Retrouvé guéri.

OBSERVATION N° 35

Troisièmipare. — Forceps pour souffrance fœtale en G. A. dans la partie supérieure de l'excavation (procidence du cordon) au toucher on sent latéralement le cordon qui ne bat plus.

Extraction du fœtus assez rapide, le cœur bat, mais on ne parvient à ranimer l'enfant complètement qu'au bout de deux heures, lorsque la première P. L. est pratiquée. Elle ramène un liquide fortement hématique.

Mort douze heures après.

OBSERVATION N° 36

Troisièmipare. — Présentation du siège décomplété mode des fesses. Extraction pénible. Mauriceau laborieux, enfant né en état de mort apparente, ranimé au bout de quelques minutes. Il pousse des cris plaintifs, faibles, présente une légère contracture du bras droit. Quatre ponctions lombaires sont pratiquées. Les deux premières donnent issue à un liquide fortement teinté de rouge. Après la troisième, le liquide s'éclaircit d'une manière très manifeste. La contracture a disparu. Sorti en bon état.

1931. — Retrouvé guéri.

OBSERVATION N° 37

Troisièmipare. — Spécifique, présentation du siège complet, extraction pénible, enfant né en état de mort apparente après un Mauriceau laborieux. La tête étant retenue dans l'excavation. Elle sort ensuite très brusquement avec un resaut. L'enfant ne crie qu'au bout d'une demie heure.

Première ponction : liquide rouge. Trois autres ponctions ont été pratiquées. La couleur du liquide disparaît progressivement jusqu'à devenir eau de roche. L'enfant sort guéri. *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 38

Secondipare. — Spécifique. Accouchement normal, enfant né en état de mort apparente, ranimé après la première ponction lombaire qui donne issue à du liquide rouge. Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 39

Primipare. — Bassin légèrement retréci, déformations rachitiques légères des membres inférieurs, le promontoire est accessible. Les dimensions de l'excavation sont réduites dans leur ensemble. Siège décomplété mode des fesses. Abaissement prophylactique du pied. La tête d'abord engagée facilement ne se dégage pas par la manœuvre de Mauriceau, la bouche restant à la vulve. Forceps sur la tête dernière après épisiotomie. Enfant né en état de mort apparente, ranimé après insufflation. Cris plaintifs, faibles, pâleur extrême. Une ponction lombaire amène du sang, mort vingt-quatre heures après.

OBSERVATION N° 40

Primipare. — Forceps en G. A. dans l'excavation pour inertie utérine. Enfant de 3 kil. 600. Son cri est faible, plaintif, une ponction lombaire pratiquée donne issue à quelques gouttes de sang pur.

Deuxième ponction : liquide plus clair.

Troisième ponction : liquide clair. Sorti guéri. *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 41

Secondipare. — Accouchement normal. Mort apparente du fœtus, ranimé au bout de dix minutes. Teint pâle de l'enfant, cris faibles, contracture des membres et des muscles de la nuque, nystagmus. Impossibilité de prendre le sein.

Première ponction : liquide fortement coloré en rouge.

Pendant sept jours une ponction lombaire est pratiquée chaque jour. Le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit progressivement, l'état de l'enfant est de plus en plus satisfaisant. Le septième jour, l'enfant arrive à prendre le sein. Sort guéri.

1931. — Retrouvé, guéri.

OBSERVATION N° 42

Troisièmipare. — Forceps en D. T. dans l'excavation pour souffrance fœtale. Circulaire en écharpe, cordon aplati, étiré, méconium abondant. L'enfant naît en état de mort apparente, teint pâle. Malgré des insufflations répétées, une piqûre d'adrénaline intra-cardiaque, de la caféine, et une ponction lombaire qui ramène du sang pur, le cœur, qui avait recommencé à battre, s'arrête de nouveau. Mort.

— 1930 —

OBSERVATION N° 43

Primipare. — Forceps en G. T. dans l'excavation pour longueur du travail. Descente longue et pénible, dégagement de la tête difficile, circulaire du cordon, l'enfant de 3 kil. 840 naît étonné. On soupçonne une hémorragie méningée confirmée par une ponction lombaire qui ramène du liquide rouge.

Deuxième ponction : liquide plus clair.

Troisième ponction : liquide rosé.

Quatrième ponction : liquide rosé. L'enfant a bien meilleur aspect. Difficilement nourri au début, il prend maintenant très bien le sein.

Cinquième ponction : liquide citrin.

Sixième ponction : liquide clair. L'enfant sort de la clinique en bon état. Revu quatre mois après, l'état général est toujours très bon. Mort à huit mois d'infection intestinale.

OBSERVATION N° 44

Quatrième pare. — Siège décomplété mode des fesses. Expulsion spontanée. Syndrome d'hémorragie méningée, avec liquide hypertendu. Enfant de 3 kil. 600, pâleur caractéristique, cris faibles, plaintifs. Première ponction : liquide rosé, hypertendu. Fontanelle antérieure tendue. L'enfant ne peut arriver à prendre le sein lui-même. Nourri par le nez.

Deuxième ponction : liquide clair hypertendu.

Troisième ponction : liquide clair normal.

1931. — Revu en bon état. Conserve une très légère raideur du bras droit.

OBSERVATION N° 45

Primipare. — Présentation de l'épaule droite. Version par manœuvres internes, dystocie de la tête dernière. L'enfant né en état de mort apparente est difficilement ranimé. Poids: 4 kil. 100.

Première ponction lombaire : liquide hématique. L'enfant ne tète pas, contracture généralisée, pâleur, cris faibles et plaintifs.

Deuxième ponction : liquide hématique.

Troisième ponction : liquide plus clair.

A partir de la troisième ponction l'enfant prend bien le sein, la contracture disparaît.

Quatrième ponction : liquide clair. Les signes alarmants du début ayant disparu, les ponctions lombaires sont supprimées. Sorti guéri.

1931. — Retrouvé en très bon état.

OBSERVATION N° 46

Neuvième grossesse. Accouchement normal, contracture utérine pendant la période de dilatation. Durée du travail : 15 h. 30. Enfant de 3 kil. 440. Né en état d'asphyxie bleue, rapidement ranimé. Le lendemain on retrouve l'enfant cyanosé, cris faibles et plaintifs.

Première ponction lombaire : liquide hémorragique.

Deuxième ponction : liquide hémorragique.

Troisième ponction : le liquide est plus clair.

Quatrième ponction : le liquide est eau de roche.

L'enfant, qui tétait avec difficulté, prend bien le sein. Sorti guéri.

1931. — Retrouvé, bel enfant, bon état général, guérison.

OBSERVATION N° 47

Primipare. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses. S. I. A. G. forceps sur tête dernière. L'enfant né en état de mort apparente après un travail qui a duré 13 h. 50. Ranimé au bout de trente minutes.

Première ponction : liquide très rouge ressemblant à du sang pur.

Le lendemain, on constate une paralysie radiale gauche, accompagnée de contractures généralisées. Neuf ponctions lombaires sont pratiquées par la suite, une par jour; disparition de tous les signes à partir de la cinquième. On continue toutefois jusqu'à ce que le liquide soit devenu tout à fait clair. Sorti en bon état.

1931. — Retrouvé guéri.

OBSERVATION N° 48

Quatrième grossesse. — Bassin retréci. Application de forceps à la partie supérieure de l'excavation, pour longueur du

travail; enfant né en état de mort apparente, ranimé au bout de 30 minutes. Un peu de raideur, figure pâle, cris plaintifs.

Première ponction : sang pur.

Deuxième ponction : sang pur.

Troisième ponction : le liquide s'éclaircit.

Cinquième ponction : le liquide est à peu près clair.

Sixième ponction : liquide eau de roche.

Amélioration progressive, sorti guéri.

1931. — Retrouvé : bel enfant, bon état général, guérison.

OBSERVATIONS

FOURNIES PAR M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARC RIVIÈRE

— 1929 —

Secondipare. — Accouchement spontané normal. Dystocie des épaules ayant nécessité de la part de la sage-femme quelques tractions sans effet. Enfant de 3 kil. 300 qui crie aussitôt mais garde le regard fixe. Cris continuels dans la nuit qui suit la naissance. Le lendemain, deux ou trois cris perçants à type méningé. Ces cris deviennent très fréquents pendant la nuit suivante.

Première ponction : sang pur, syncope pendant la ponction. Nous pratiquons dans la journée deux injections d'anthéma.

Deuxième ponction le soir même : sang pur. Les convulsions s'espacent et finissent par disparaître. L'enfant prend bien le sein et se développe normalement, pas de séquelles apparentes, un mois plus tard ni depuis.

1931. — *Revu toujours en bon état.*

— 1926 —

OBSERVATION N° 2

Primipare. — Forceps au détroit supérieur pour souffrance fœtale. Enfant né en état de mort apparente, difficilement ramené. Convulsions subintrantes. Paralyse faciale gauche. Pendant cinq jours on pratique une ponction lombaire chaque matin. Un pédiatre appelé porte un pronostic fatal. Cependant les cris plaintifs du début s'espacent de plus en plus et finissent par disparaître. L'enfant, revu en 1931, est en parfait état.

OBSERVATIONS DE LA MATERNITÉ

— 1922 —

OBSERVATION N° 1

Primipare. — Forceps dans l'excavation deux heures après la dilatation complète. Durée du travail 17 heures, enfant de 3 kil. 050 vivant. On constate bientôt des mouvements convulsifs des membres supérieurs. Deux ponctions lombaires pratiquées le même jour donnent issue à du sang pur. Mort le lendemain.

— 1923 —

OBSERVATION N° 2

Primipare. — Bassin rétréci, accouchement prématuré provoqué; travail long et pénible, plusieurs ballons sont posés sans résultat, dilatation manuelle, forceps au détroit supérieur, durée totale du travail : 4 jours 8 heures. Enfant de 2 kil. 570 ranimé après une ponction lombaire qui donne issue à un liquide rouge. Mort.

OBSERVATION N° 3

Primipare. — Bassin rétréci, travail pénible, la tête n'emploie pas le segment inférieur. 48 heures après la rupture des membranes, un ballon de Champetier est mis en place. Au bout de 7 heures, la dilatation est suffisante pour permettre un forceps au détroit supérieur en G. T., enfant de 2 kil. 730, naît en état de mort apparente, difficilement ranimé. Cris plaintifs, raideur de la nuque, contractures.

Première ponction lombaire : L. C. R. sanglant.

Deuxième ponction : L. C. R. sanglant.

Mouvements convulsifs de l'hémicorps gauche.

Troisième ponction : liquide rouge. Mort.

OBSERVATION N° 4

Primipare. — Forceps dans l'excavation en G. A., durée du travail 16 h. 30. Enfant de 2 kil. 690 né en état de mort apparente, difficilement ranimé. Ponction lombaire : liquide rouge. Mort le lendemain.

OBSERVATION N° 5

Primipare. — Forceps dans l'excavation pour longueur du travail. L'enfant, à sa naissance, est en bon état. Poids : 4 kil. 060 grammes. Jusqu'au dix-septième jour, tout semble bien aller; brusquement apparaissent des vomissements survenant après la tétée. Le dix-neuvième jour, convulsions généralisées avec raideur.

Première ponction lombaire : liquide rosé hypertendu. Bien que le B. W. de la mère soit négatif, on institue un traitement spécifique.

La deuxième ponction lombaire donnant un liquide clair, le traitement est abandonné; les accidents disparaissent en effet progressivement. L'enfant va bien lorsqu'il sort de la maternité.

1931. — Retrouvé guéri sans aucune séquelle.

OBSERVATION N° 6

Primipare. — Accouchement normal. Enfant né en bon état, poids : 3 kil. 820, présente des convulsions au moment de sa naissance.

Deux ponctions lombaires amènent la disparition de ces accidents.

Sorti guéri. *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 7

Primipare. — Bassin retréci, accouchement long et pénible après dilatation manuelle et forceps au détroit supérieur. Du-

rée du travail 77 heures. Enfant de 3 kil. 500, né en état de mort apparente, ranimé au bout de 20 minutes. Cris plaintifs, quelques convulsions, température élevée (41°). Une ponction lombaire pratiquée ramène un liquide rouge. Mort quelques heures plus tard.

OBSERVATION N° 8

Primipare. — Bassin normal. Forceps dans l'excavation, enfant vivant de 3 kil. 150. Le lendemain présente quelques convulsions. Son cri, d'abord normal, devient faible et plaintif.

Première ponction lombaire : liquide rouge.

Deuxième ponction lombaire : liquide rouge.

Troisième ponction lombaire : liquide rose.

Quatrième ponction lombaire : à peine teinté.

Cinquième ponction lombaire : liquide clair.

Sorti guéri le vingt-sixième jour.

1931. — Retrouvé en parfait état.

OBSERVATION N° 9

Primipare. — Bassin généralement retréci, accouchement spontané. Enfant de 2 kil. 950, né en état de mort apparente. Ne respire qu'après vingt minutes d'insufflations. Dès sa naissance des contractures apparaissent aux membres inférieurs, suivies bientôt de convulsions. Une ponction lombaire pratiquée ramène un liquide rouge. L'enfant meurt quelques heures après.

OBSERVATION N° 10

Primipare. — Bassin légèrement retréci. Forceps au détroit supérieur. Enfant de 3 kil. 020 grammes. Présente trois jours après sa naissance une fixité anormale du regard et refuse de

prendre le sein. Une ponction lombaire pratiquée donne issue à un liquide hémorragique. Bientôt, apparaissent des convulsions. Huit ponctions lombaires furent faites par la suite.

A partir de la quatrième, l'enfant va de mieux en mieux pour sortir guéri le vingt-troisième jour.

1931. — *Retrouvé guéri.*

OBSERVATION N° 11

Quatrièmipare. — Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. Enfant de 3 kil. 500, décédé quatre jours après sa naissance d'hémorragie méningée (autopsie). Il n'a pas été fait de ponction lombaire.

OBSERVATION N° 12

Primipare. — Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. Enfant de 3 kil. 550. Décédé six jours après sa naissance. A l'autopsie, on trouve l'étage inférieur du crâne rempli de sang, déchirure de la tente du cervelet. Il n'a pas été fait de ponction lombaire.

— 1926 —

OBSERVATION N° 13

Primipare. — Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. Enfant de 3 kil. 300 né en état de mort apparente. Ranimé par insufflations au bout de vingt minutes, ne crie pas et présente de la contracture très marquée au niveau des membres inférieurs.

Première ponction lombaire : liquide rouge.

Deuxième ponction lombaire : liquide plus clair.

Troisième ponction lombaire : tout à fait clair.

L'enfant sort en bon état le dix-huitième jour.

1931. — *Retrouvé guéri.*

OBSERVATION N° 14

Primipare. — Forceps pénible, enfant de 3 kil. 720. Né en état de mort apparente, ranimé par insufflations après 20 minutes. Au bout de quelques heures présente des convulsions généralisées. Refus de prendre le sein, cris plaintifs. Une ponction lombaire pratiquée donne issue à un liquide sanglant. Pendant quatre jours on continue les ponctions lombaires jusqu'à la disparition complète des accidents. L'enfant sort guéri le dix-huitième jour.

1931. — Nous attirons particulièrement l'attention sur cet enfant que nous avons retrouvé dans un état de santé vraiment remarquable. C'est une belle et grande fillette présentant un développement physique et intellectuel beaucoup plus marqué que chez la plupart des enfants de son âge.

OBSERVATION N° 15

Primipare. — Présentation du siège, enfant de 3 kil. 820, né en état de mort apparente. Une première ponction a été faite sans résultat. L'enfant ne revient à lui que pour succomber à une crise subite de suffocation. Autopsie : hémorragie méningée surtout marquée au niveau de la tente du cervelet.

OBSERVATION N° 16

Quatrièmipare. — Bassin rétréci. Deux tentatives infructueuses de forceps. La troisième amène l'enfant en état de mort apparente. Ranimé au bout de 30 minutes après avoir subi une ponction lombaire qui donne un liquide sanglant.

Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 17

Primipare. — Accouchement normal, enfant de 2 kil. 870, ne criant pas. Présente une chute de poids très inquiétante dans les jours qui suivent. Un peu de raideur de la nuque, contractures des membres inférieurs. Quatre ponctions lombaires pratiquées en 48 heures donnent toutes issue à un liquide sanglant. L'enfant meurt le sixième jour. Un B. W. fait la veille du décès est trouvé légèrement positif.

OBSERVATION N° 18

Primipare. — Forceps dans l'excavation, enfant de 2 kil. 800 né en état de mort apparente. Difficilement ranimé.

Ponction lombaire : liquide sanglant, mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 19

Secondipare. — Forceps dans l'excavation amenant un enfant de 4 kil. 470. Il présente quelques convulsions le lendemain de sa naissance.

Deux ponctions lombaires pratiquées donnent issue à un liquide rouge.

Mort quelques heures après la dernière.

OBSERVATION N° 20

Sixièmipare. — Un forceps pénible amène un enfant de 3 kil. 870 en état de mort apparente.

Première ponction : liquide rosé. L'enfant commence à respirer mais ne crie pas.

Deuxième ponction, le lendemain : liquide clair. — Sorti guéri le douzième jour.

1931. — Retrouvé guéri en très bon état.

OBSERVATION N° 21

Primipare. — Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. Enfant de 2 kil. 480, né en état de mort apparente, ranimé au bout de trente minutes. Mort quelques heures après. Aucune ponction lombaire n'a été faite.

Autopsie : hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 22

Primipare. — Bassin légèrement retréci, présentation de la face, forceps en M. I. D. P. Enfant de 3 kil. 470, présentant des déformations plastiques importantes. Né en état de mort apparente, facilement ranimé. Dans les jours qui suivent, un abcès se développe dans la région sous-hyoidienne. Le huitième jour : vomissements, chute de poids, cris plaintifs.

Ponction lombaire : liquide sanglant. Meurt le lendemain.

Autopsie : épanchement de sang en nappe sous la dure-mère, recouvrant tout le lobe pariétal gauche et empiétant sur les lobes temporaux et occipitaux. Déchirure de la tente du cervelet.

OBSERVATION N° 23

Primipare. — Bassin légèrement retréci. Durée du travail : 10 h. 30. Accouchement spontané d'un enfant de 2 kil. 850 né en état de mort apparente. N'a pu être ranimé.

Autopsie : gros épanchement de sang liquide sous la tente du cervelet qui est déchirée, le sang avait fusé dans les espaces péri-médullaires.

OBSERVATION N° 24

Troisièmipare. — Bassin rétréci, présentation du siège, version par manœuvres internes, tentatives infructueuses de forceps sur la tête dernière. Un Mauriceau pratiqué ensuite amène un enfant de 3 kil. 450, né en état de mort apparente, ranimé après la première ponction lombaire qui donne issue à du sang pur. Deux ponctions lombaires sont pratiquées le lendemain. Toujours du sang pur. Pendant les cinq jours qui suivent, l'enfant subit chaque jour une nouvelle ponction. Le liquide s'éclaircit progressivement jusqu'à devenir tout à fait clair. L'enfant qui, au début, ne pouvait prendre le sein, s'alimente seul et augmente régulièrement de poids. Sorti guéri.

1931. — *Revu, toujours en excellent état.*

— 1930 —

OBSERVATION N° 25

Troisièmipare. — Présentation du siège. Version par manœuvres internes. La tête dernière est retenue; la manœuvre de Champetier échoue. Un forceps amène un enfant de 3 kil. 920, né en état de mort apparente, facilement ranimé. Le lendemain apparaissent des contractures.

Ponction lombaire : liquide sanglant.

Deuxième ponction : essai infructueux. L'enfant sort en bon état le vingt-quatrième jour.

1931. — *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 26

Primipare. — Bassin retréci, forceps au détroit supérieur. Enfant né étonné. La première ponction amène un mieux sensible. Le lendemain, nouvelle ponction : le liquide, rosé la veille, est clair cette fois.

Sorti guéri le onzième jour.

1931. — *Non retrouvé.*

OBSERVATION N° 27

Cinquièmipare. — Présentation de l'épaule, version par manœuvres internes. L'enfant de 3 kil. 940 né en état de mort apparente. Difficilement ranimé après les moyens habituels et une ponction lombaire pratiquée immédiatement. Le liquide recueilli est composé de sang presque pur. Mort le lendemain matin.

Autopsie : hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 28

Troisièmipare. — Siège décomplété mode des fesses. Durée du travail huit heures. Forceps sur tête dernière. Enfant né en état de mort apparente, facilement ranimé après la première ponction lombaire. Elle donne issue à un liquide sanglant.

Deuxième ponction, le lendemain : liquide rosé.

Troisième ponction : liquide clair. Sorti guéri le onzième jour.

1931. — *Retrouvé guéri.*

OBSERVATION N° 29

Cinquièmipare. — Spécifique. Rupture prématurée des membranes, infection amniotique, forceps en O. I. G. T. Enfant de 3 kil. 480 difficilement ranimé. Une ponction lombaire pratiquée amène un liquide franchement hémorragique. Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° 30

Secondipare. — Bassin canaliculé. Accouchement normal. Enfant de 4 kil. 250 né étonné, difficilement ranimé. Le lendemain, la figure est cyanosée, le cri est faible, plaintif; perte du mouvement de succion; température 38°2.

Ponction lombaire : sang pur.

Deuxième ponction lombaire : liquide rosé.

Troisième ponction lombaire : liquide clair.

Sorti guéri le onzième jour.

Non retrouvé.

OBSERVATION N° 31

Primipare. — Albuminurique, bassin légèrement retréci, forceps à la partie supérieure de l'excavation, pour mauvais état général de la mère et longueur de la période d'expulsion. Durée du travail : 40 heures. Enfant de 3 kil. 300, difficilement ranimé après la première ponction lombaire qui donne issue à du sang presque pur. Cris plaintifs. Deux ponctions lombaires sont pratiquées tous les jours, pendant trois jours. Le liquide s'éclaircit peu à peu, le cri redevient normal. Sorti guéri le douzième jour.

1931. — *Retrouvé guéri.*

OBSERVATIONS FOURNIES PAR M. LE DOCTEUR BALARD
DANS SON COURS DE PERFECTIONNEMENT AUX SAGES-FEMMES.

— 1919 —

OBSERVATION N° 1

Primipare, 21 ans. — Artiste lyrique enceinte des œuvres d'un voyageur de commerce alcoolique. Bassin limité, la tête ne déborde pas, durée totale du travail : 20 heures. Expulsion naturelle, mais la tête reste longtemps à l'orifice vulvaire. Le dégagement du front est pénible, on hésite trop à faire une épisiotomie. L'enfant, de 3 kilos, naît en état de mort apparente; le cœur bat plus de trois quarts d'heure.

La ponction lombaire, amenant du sang, est faite tardivement et ne permet pas de le sauver.

OBSERVATION N° 2

Primipare de 44 ans. Sans tare pathologique. Son mari est âgé de 53 ans, faciès apoplectique, gros buveur, pas d'antécédents spécifiques avoués. Accouchement à terme. Hypertonie utérine, rigidité du col. Légers signes de souffrance fœtale depuis le début du travail. On termine au forceps après dilatation bi-manuelle, tant à cause de la dilatation qui s'éternise que par suite de la souffrance fœtale. On trouve, en introduisant la branche postérieure, une latérocidence haut située. Forceps pénible, prise un peu oblique. Enfant de 3 kil. 500 fortement étonné, ranimé sans insufflations. Le lendemain l'enfant a passé une mauvaise nuit, gémissements continus, il ne tète pas et avale difficilement à la cuiller, pas de cyanose. On décide une ponction lombaire qui, pour des raisons matérielles, ne peut être pratiquée immédiatement. On diffère d'une heure environ. Pendant ce temps, l'enfant est tenu sur les bras de la garde, continuant à gémir, quand, brusquement, il incline la tête et meurt comme foudroyé.

La ponction lombaire, pratiquée quelques minutes après la mort, permet de ramener du liquide très hypertendu et for-

tement teinté de sang. L'autopsie ne peut être pratiquée, mais il s'agit évidemment, dans ce cas-là, de lésions bulbaires.

OBSERVATION N° 3

Secondipare sans antécédents pathologiques. Mais le père du mari est tabétique et la sœur a des crises comitiales qui ont été très améliorées par le traitement spécifique.

Accouchement à terme. La dilatation marche très rapidement. L'expulsion est longue malgré les efforts de la parturiente. La sage-femme fait pousser la malade pendant quatre heures ! Ce n'est, paraît-il, que dans la dernière demi-heure que les bruits du cœur se seraient modifiés. Appelé à ce moment pour pratiquer le forceps, nous arrivons au moment où l'enfant venait de naître spontanément, avec un circulaire très serré. L'enfant, fortement étonné, a été ranimé par les moyens ordinaires sans insufflations. Il reste cyanosé, continue à gémir pendant une heure, puis il s'endort normalement. Dans la journée, il boit à la cuiller. Au bout de vingt-quatre heures, il présente une ébauche de convulsion et n'avale plus.

Ponction lombaire: liquide fortement hématique, mais sous faible tension. Dyspnée et cyanose progressive, mort sans autres convulsions trente heures après la naissance.

OBSERVATION N° 4

Primipare de 26 ans, sans antécédent. Bassin petit dans toutes ses dimensions. Diamètre promonto sous-pubien 9 cent. 1/2, sacrum aplati dans toute sa hauteur. Accouchement à terme le 11 juillet 1919, durée 36 heures; engagement de la tête à la dilatation de 5 francs, syncritiquement en D. T. Application de forceps dans l'excavation pour défaut de progression (enkylose du coccyx et souffrance fœtale). L'enfant pèse 2 kil. 850; il naît asphyxié, mais est très facilement ranimé. Vingt-quatre heures après la naissance, gémissements incessants, somnolence, hyperexcitabilité généralisée,

se traduisant par des soubresauts et des tressaillements musculaires, raideur de la nuque et cyanose. Quelques grimaces de la face, mais pas de convulsions généralisées.

Ponction lombaire : issue 1 cc. 1/2 de liquide noirâtre, poisseux, uniformément coloré, qui ne se coagule pas. Bain tiède, application froide sur la tête, alimentation à la cuiller. Dans la journée, quelques convulsions, le soir, nouvelle ponction lombaire. Le lendemain, mouvements convulsifs de la face, ponction lombaire donnant 1 cc. de liquide citrin. Ces deux jours, la température s'élève à 38° 4; le troisième jour, dernière ponction lombaire donnant issue à 2 cc. de liquide citrin. L'enfant est très amélioré et prend au biberon le lait de sa mère. Il quitte le service quinze jours après sa naissance, prenant correctement le sein. Nous le suivons quelques semaines à la maison du Bébé, pendant lesquels il avait un développement normal, puis nous le perdîmes de vue, la mère allant habiter Pau.

Nous le jugions guéri. Hélas! Nous l'avons revu, dans quel état! A l'âge de quinze mois. Et voici ce que nous pouvons ajouter à l'observation que nous avons publiée antérieurement comme un succès. Sa mère n'ayant plus eu de lait, il a été mis au biberon vers le troisième mois et a fait des accidents de rachitisme. En outre, à partir du septième mois, il a présenté de la raideur du tronc et des membres inférieurs. Cet état est allé rapidement en s'aggravant. La mère a consulté, à Pau, le docteur Ferré qui a diagnostiqué une maladie de Little.

L'enfant, à quinze mois, ne présente aucun développement intellectuel, il est amaigri, avec le ventre ballonné, accidents dûs au rachitisme. Mais, en outre, il a les membres inférieurs contracturés en hyperextension. Cet état de contracture est étendu au tronc et, lorsqu'on déshabille l'enfant, il se couche sur le côté gauche et se met en arc de cercle, les talons touchant presque la nuque.

Une maladie intercurrente, survenue à l'âge de deux ans, a emporté l'enfant qui serait resté toute sa vie un infirme.

CONCLUSIONS

I

Le forceps, appliqué au détroit supérieur, surtout dans les retrécissements pelviens, est une cause fréquente d'hémorragies méningées.

II

Les intoxications de toutes sortes, et la syphilis en particulier, sont des causes prédisposantes de premier ordre.

III

La ponction lombaire précoce et répétée d'une façon systématique s'est révélée un traitement des plus actifs. Elle a transformé d'une façon complète le pronostic éloigné des hémorragies méningées.

IV

Le bon résultat du traitement n'est pas fonction du nombre de ponctions lombaires; il dépend surtout de la précocité de l'intervention. En règle générale, les ponctions lombaires devront être continuées tous les jours jusqu'à ce que le liquide céphalo-rachidien retiré ait repris sa limpidité eau de roche.

V

L'association du traitement spécifique à la ponction lombaire chez les hérédosyphilitiques atteints d'hémorragie méningée, donne d'excellents résultats et consolide la guérison.

VI

L'hémorragie méningée reste, malgré tout, une affection grave, puisqu'à la Clinique d'accouchements de Bordeaux, sur 48 observations recueillies, nous notons 18 cas mortels immédiats ou dans les jours qui ont suivi. La Maternité nous fournit une statistique plus sévère : 18 cas mortels sur 31 observations. Néanmoins, grâce à la pratique précoce de la ponction lombaire, il nous a été possible de revoir, guéris et en parfait état, 30 enfants, âgés de deux à sept ans. 13 autres sont sortis guéris, mais n'ont pas été retrouvés par la suite.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDÉRODIAS.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 Juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

THIBAUT. — Thèse Lyon, 1912-13.

LANTUJÉOUL. — Thèse Paris, 1921.

Gynécologie et Obstétrique. Septembre 1926, page 268. HINES
ROBERS : « The spinal fluid in the new born ».

LANTUJÉOUL. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, p. 557 : « Absence des signes cliniques habituels chez un nouveau-né présentant des fractures multiples du crâne avec hémorragie méningée importante ».

TRILLAT et GAUCHERAND. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, page 268 : « Hémorragie méningée du nouveau-né après accouchement spontané, dans un bassin rétréci ».

VORON et PIGEAUD. — *Ibidem*, p. 273 : « Trois observations d'hémorragie méningée chez des nouveau-nés spécifiques ».

MARC RIVIÈRE. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, p. 649 : « Présentation d'enfants atteints d'hémorragie méningée à leur naissance ».

WAITZ. — *Revue française de Pédiatrie*, tome IV, n° 1, 1928 :
« Le liquide céphalo-rachidien du nouveau-né ».

Analyses (Gynécologie et obstétrique, mai 1929). VORON et
PIGEAUD : « A propos de l'étiologie des hémorragies méningées intra-craniennes mortelles chez les nouveau-nés ».

VORON et BROCHIER. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, mars 1931, p. 51 : « Hémorragie méningée mortelle chez un prématuré de sept mois, héréditaire syphilitique, expulsé spontanément ».

- CAUTRET et RENON. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux* : « Hémorragie ventriculaire tardive du nouveau-né », p. 195.
- PLAUCHU et CHAIX. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon* : « Deux cas d'hémorragie méningée au cours d'accouchements spontanés ».
- JENSEN. — *Acta gynecologica de Scandinavie*, vol. 6, p. 392.
- VORON et PIGEAUD. — *Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1930, Lyon, tome XXI, p. 11 : « Etude anatomo-pathologique des hémorragies intra-craniennes sous dure-mériennes mortelles du nouveau-né; d'origine non traumatique ».
- BARRE et MASSON. — *Presse médicale*, 9 août 1930 : « Etude clinique d'un cas de paralysie d'origine obstétricale (phénomènes paradoxaux et de nature complexe). Intérêt pratique de l'examen clinique. ».
- BALARD. — Cours de perfectionnement des sages-femmes : « Sur quelques cas d'hémorragies méningées chez le nouveau-né ».

